



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Solicitud de Apelación Consolidada

Use este formulario solamente si quiere presentar una apelación (esta es una solicitud para una audiencia). Su oficina local del DHS puede ayudarle a completar este formulario. Ud. puede presentar este formulario con la Secretaría, cuya información está al reverso de este formulario.

		() -
Nombre del Apelante	Apellido del Apelante	Número(s) de Teléfono
Dirección Residencial	Ciudad, Estado y Código Postal	Correo electrónico
		- -
Dirección de Correo (si es diferente al de arriba)	Ciudad, Estado y Código Postal	Número de Seguro Social

- ¿Necesitará Ud. un intérprete en la audiencia? Sí No ¿Cuál idioma? _____
- ¿Necesita Ud. que se traduzca algún documento? Sí No ¿Cuál idioma? _____
- ¿Qué programa(s) está apelando? SNAP (Cupones para Alimentos) Familias Primero Manutención Infantil
- Rehabilitación Vocacional Empresas para los Ciegos en Tennessee
- Cuidado Infantil (Familias Primero) Cuidado Infantil (No-TANF) Programa de Comida de Cuidado para Niños y Adultos
- Programa de Comida de Verano Otro Programa: _____

¿Le representará o le ayudará otra persona durante la audiencia? Sí No De ser "sí", díganos quien será.

		() -
Nombre y Apellido del Representante	Empresa del Representante (si corresponde)	Número(s) de Teléfono
Dirección de Residencia	Ciudad, Estado y Código Postal	Correo electrónico
Dirección de Correo (si es diferente al de arriba)	Ciudad, Estado y Código Postal	Parentesco del Representante con Ud.

Díganos por qué Ud. está apelando o qué ocurrió que Ud. no está de acuerdo. Puede anexar más páginas.

Para apelaciones de SNAP, Cuidado Infantil de Smart Steps, y Manutención Infantil, complete esta sección.

- ¿Quiere que se realice su audiencia en persona o por teléfono? En Persona Por Teléfono
- QUIERO que se continúen mis beneficios hasta que se tome la decisión de audiencia. Entiendo que si la decisión no es a mi favor, tendré que rembolsar los beneficios. Quiero que se continúen los siguientes beneficios de:
- SNAP (Cupones para Alimentos) Familias Primero Cuidado Infantil (Familias Primero)
- Cuidado Infantil (No-TANF)
- NO QUIERO que se continúen mis beneficios mientras la decisión de audiencia esté pendiente.

Para apelaciones de Manutención Infantil, ¿cuál es el nombre del otro padre? _____

Nota: Este formulario es para apelar acciones administrativas. NO PUEDE usarlo para apelar una acción tomada por una corte.

El personal del DHS debe revisar la sección "Forms" de la intranet para asegurar el uso de versiones actuales. Los formularios no pueden ser alterados sin previa aprobación.

Para apelaciones de Rehabilitación Vocacional, ¿el personal de rehabilitación vocacional ha sido conducido una revisión informal? Sí No

Para apelaciones del Programa de Comida de Cuidado para Niños y Adults y el Programa de Comida de Verano, su apelación se mantendrá mediante una revisión del escritorio, a menos que Ud. específicamente pide que se realice una audiencia. ¿Ud. pide que se realice una audiencia según la ley?

Sí No

Complete esta sección si Ud. está ayudando a otra persona a completar este formulario:

Nombre: _____ Teléfono del día: _____ - _____ - _____

¿Cómo conoce a la persona que está apelando? Por favor marque el recuadro apropiado abajo:

Padre/Madre Pariente Amigo(a) Tutor Legal o Curador

Médico/Personal Médico Intérprete/Traductor Defensor

Representante Autorizado Otro (describa) _____

Firma _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Apelante o representante)

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación? (todos son días calendarios)

Programa	Límite de Tiempo para Apelar	Límite de Tiempo para Apelar y Tiene Beneficios Continuados
SNAP (Cupones para Alimentos)	90 días desde la fecha de la notificación	10 días desde la fecha de la notificación
Familias Primero (TANF)	90 días desde la fecha de la notificación	10 días desde la fecha de la notificación
Servicios de Cuidado Infantil (No TANF-Familias Primero)	10 días desde la fecha de de la notificación	10 días desde la fecha de la notificación
Manutención Infantil	<ul style="list-style-type: none"> 20 días desde la fecha de notificación para procedimientos de suspensión de licencia 15 días desde la fecha de la notificación de la acción administrativa para todas las otras apelaciones 	No Corresponde (N/C)
Rehabilitación Vocacional	30 días desde la fecha de la notificación	Continuados automáticamente, a menos que haya fraude o el Apelante lo pida de otra manera
Programa de Comida de Verano	10 días desde la fecha en que la notificación de la acción fue recibido	No Corresponde (N/C)
Programa de Comida para Cuidado de Niños y Adultos	15 días desde la fecha en que la notificación sobre la acción fue recibida	No Corresponde (N/C)

¿Dónde enviaré este formulario?

Los formularios de apelación pueden ser sometidos a la Oficina Clerical, que es parte de la División de Apelaciones y Audiencias.

Correo: Citizens Plaza Building
ATTN: Appeals Clerk's Office
PO Box 198996
Nashville, TN 37219-8996

Fax: (615) 248-7013 or (866) 355-6136
Teléfono: (866) 787-8209
Correo electrónico: AppealsClerksOffice.DHS@tn.gov

El personal del DHS debe revisar la sección "Forms" de la intranet para asegurar el uso de versiones actuales. Los formularios no pueden ser alterados sin previa aprobación.

Distribución: Secretaría del DHS AppealsClerksOffice@tn.gov
HS-3058SP (rev 04-17)

RDA: 1716
Página 2

¿Qué hago si tengo preguntas?

Contacte a la Secretaría sin costo alguno al (866) 787-8209, o llame a su oficina local del DHS.

¿Qué problemas puedo apelar?

Para una lista general de asuntos que puedan ser apelados, por favor visite Tenn. Comp. R. y Regs. 1240-5-3 Solicitudes de Audiencias Justas y refiérase al aviso de la acción del Departamento para mayor información acerca de sus derechos de apelación. <http://publications.tnsosfiles.com/rules/1240/1240-05/1240-05-03.pdf>

Para preguntas sobre apelaciones de Manutención Infantil, visite al:
<https://www.tn.gov/content/dam/tn/human-services/hs/hs-2997.pdf>

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de EEUU (USDA) y el Departamento de Salud de EEUU (HHS), se prohíbe esta institución de discriminar en base a raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Bajo el Acta de Cupones para Alimentos y la política del USDA, se prohíbe la discriminación también en base a religión, o creencias políticas. Para presentar una queja o hacer preguntas, contacte una de estas oficinas: HHS Office for Civil Rights, Atlanta Federal Center, Ste 3B70, 61 Forsyth Street, SW, Atlanta, GA 30303-8909, (404) 562-7886; (404) 562-7881 (FAX); (404) 331-2867 (TDD); USDA, Director, Office for Civil Rights, 1400 Independence Av, SW, Washington, DC 20250-9410; (800) 795-3272; (202) 720-6382 (TTY).

Ud. también puede contactar al Tennessee Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Officer, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.